



Residenza Sanitaria Assistenziale Torino	CONSENSO INFORMATO ALLA TERAPIA TRASFUSIONALE	Cod. DSA 09
		Rev. 00
		Pagina 1 di 1

Torino, li/...../.....

- Io sottoscritto/a. nato/a il .../.../...
- Io sottoscritto/a. nato/a il .../.../...,
in qualità di tutore del sig./ra nato/a il .../.../...

Dichiaro di essere stato informato dal dott.

1. Della situazione clinica che può richiedere una terapia trasfusionale.
2. Degli effetti benefici e dei rischi che essa comporta.
3. Delle conseguenze che possono derivare dal rifiuto della trasfusione.
4. Della necessità di segnalare preventivamente malattie, precedenti trasfusioni, reazioni post-trasfusionali, interventi subiti, terapie pregresse o in corso, nonché eventuali manifestazioni tossiche od allergiche sofferte in passato.
5. Che la trasfusione di sangue ed emoderivati è una terapia non esente da rischi sia come veicolo di trasmissione di malattie infettive sia in quanto scatenante possibili reazioni di tipo immunitario.
6. Che i medici praticheranno questa terapia solo in caso di stretta ed assoluta indicazione.

Acconsento /rifiuto volontariamente l'esecuzione della terapia infusione.

In fede.

DICHIARAZIONE DEL MEDICO CHE HA RACCOLTO IL CONSENSO

Io sottoscritto/a. confermo ed attesto che
il/la sig./ra. ha, a mio avviso, interamente compreso tutto quanto
sopra esposto, punto per punto.

In fede.